

2020年度診療報酬改定の解説



メニースターズ 代表
中小企業診断士
星 多絵子

2020年度はマイナー改定？

- 全体を見て、新しい点数が少ない。
- しかし、ロジック(論理)で大きく変えようとしている。
- **人の配置**に診療報酬がついている。

⇒マイナー改定と思って油断していると、
5年後、10年後の病院経営で大変な思いをする

本日の内容

1. 2020年度診療報酬同時改定の概要
2. 2020年度診療報酬改定が
現場に与える影響とは
3. 2020年度診療報酬改定を乗り越える
ための7つのポイントとは
4. まとめ

診療報酬改定の内容

- 診療報酬改定は、国民から集めた保険料を、どのように分配するか。という、問題。
- 医療政策を推進するため診療報酬を使っている
→医療をどの方向に推進したいかが垣間見える。
- 2年に1回の改定では、その時々の問題が反映される。
例：平成28年度改定での認知症ケア加算の新設
- 仕組みは次ページの図の通り複雑になっている。

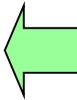
高度先端・研究開発



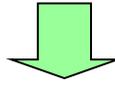
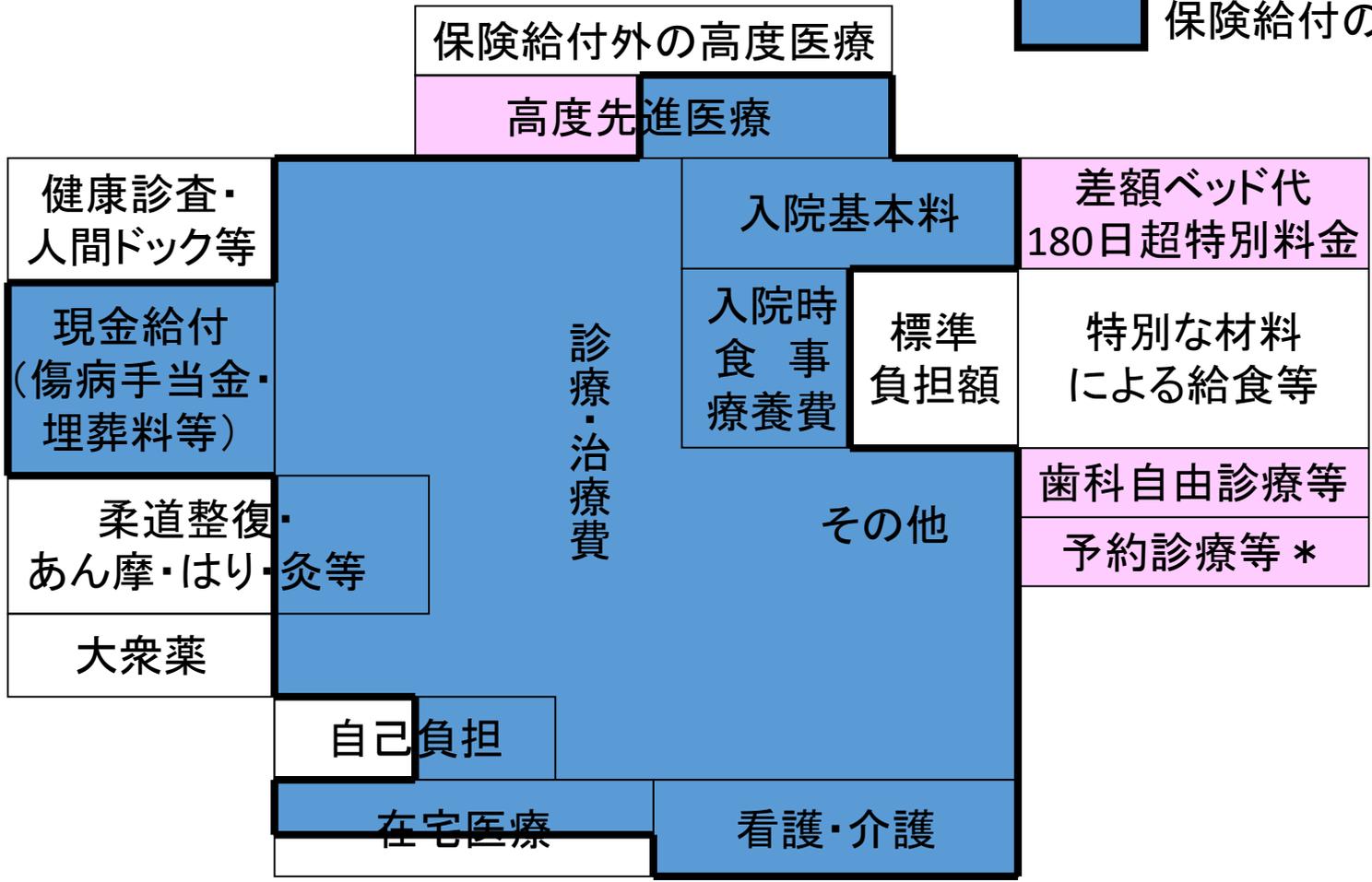
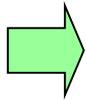
特定療養費制度の患者負担部分

保険給付の範囲

予防・健康増進等



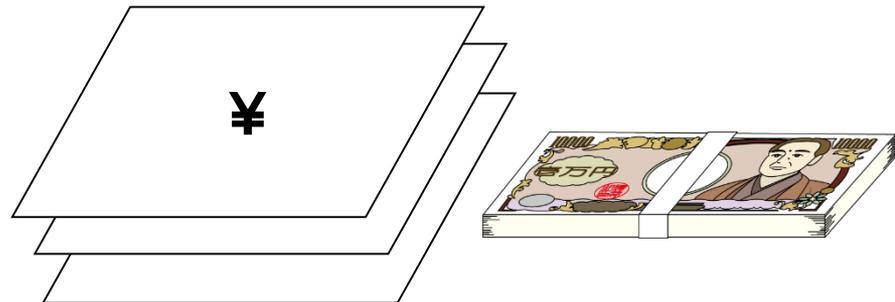
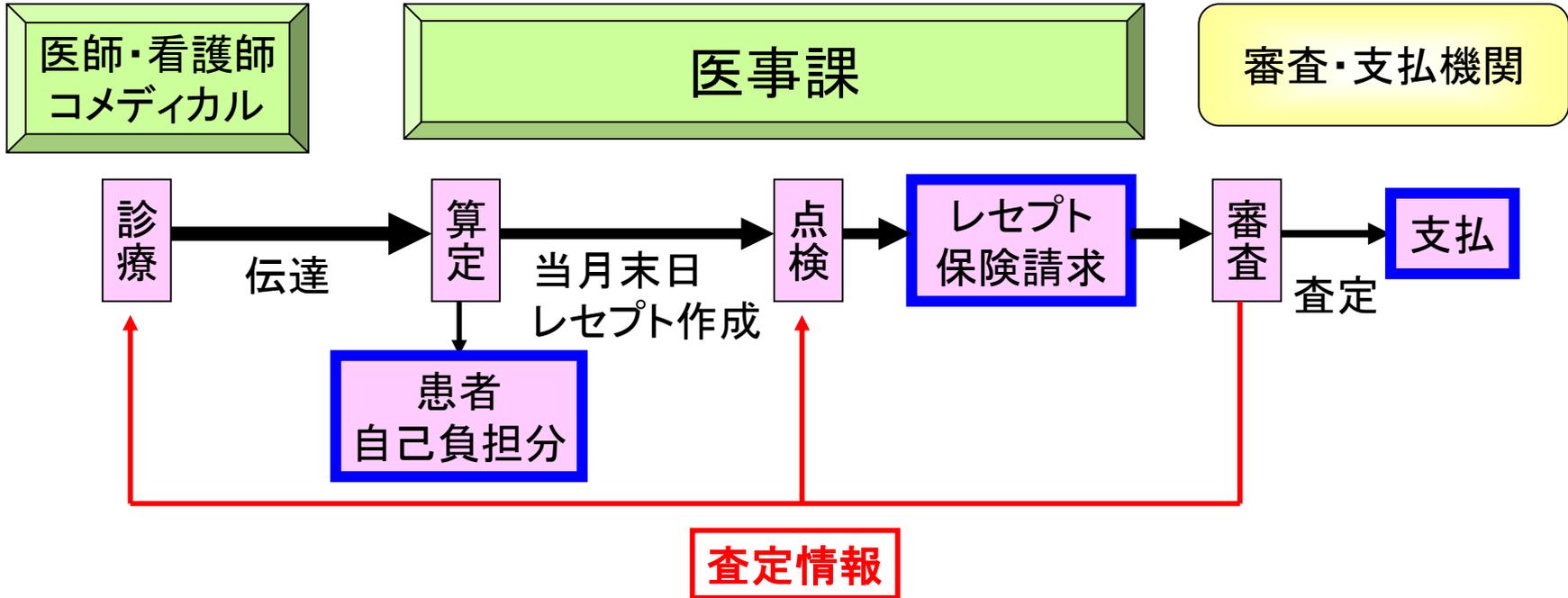
生活サービス・快適な環境等



福祉・介護

* 200床以上病院の初・再診、時間外診療、医薬品・医療用具の治験にかかる診療

診療報酬入金までの流れ

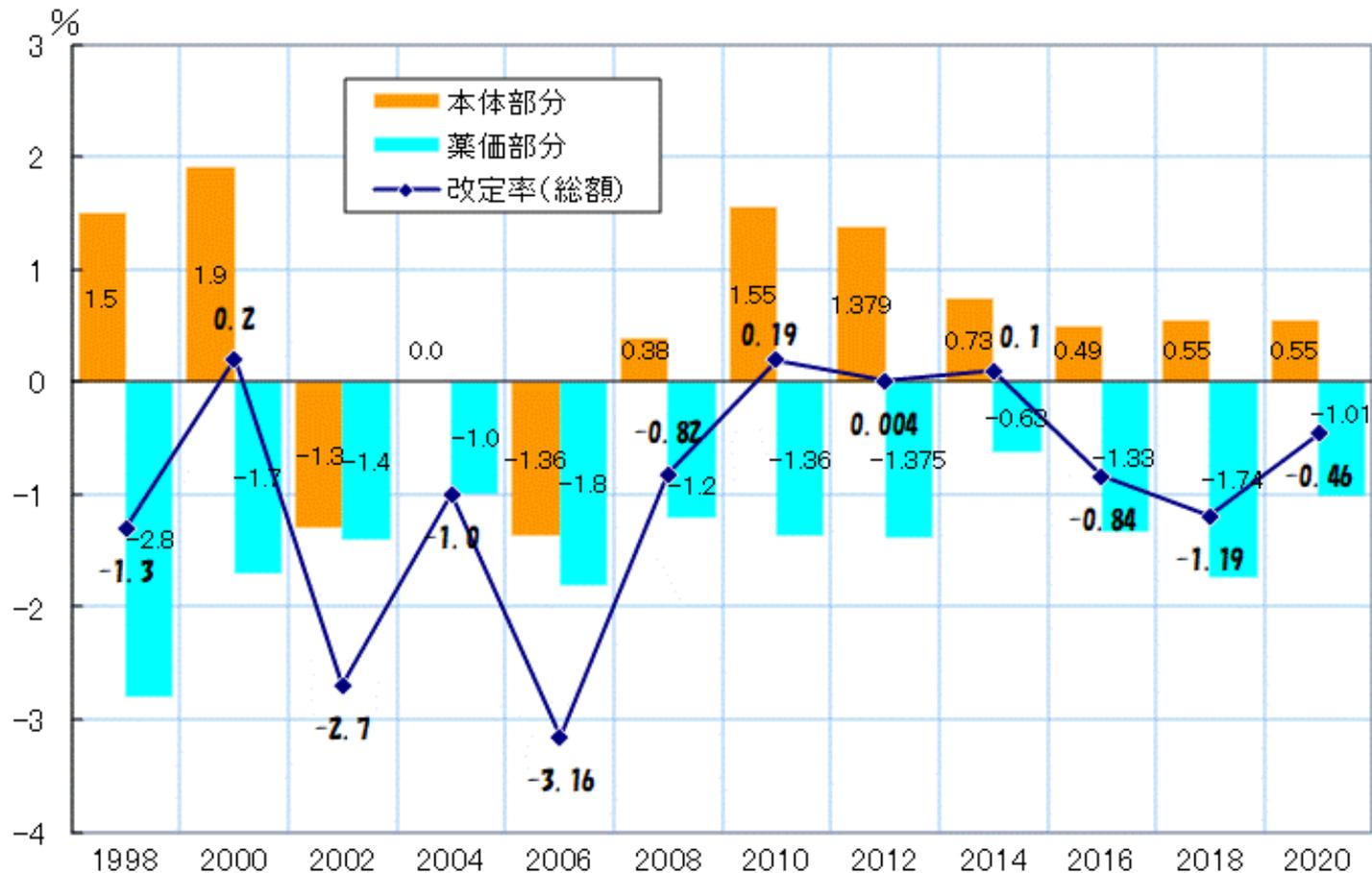


1. 2020年度診療報酬 改定の概要

①改定率

改定率の推移

診療報酬の改定率の推移



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22、毎日新聞2017.12.19、2019.12.18

改定率について

- 医療機関は診療報酬を得たいが、保険財政は厳しい。
 - このバランスをとるため、薬価を引き下げてトータルでマイナスとなるようにしている。
 - 2006年度改定で本体までマイナスなのは、小泉政権下の「聖域なき改革」の影響を受けたため。
- 政権と診療報酬の改定率は複雑に絡み合っている。

診療報酬が改定される理由

- 診療報酬は2年に1回改定される
- 厚生労働省は診療報酬で病院経営が賄われているか確認をしている

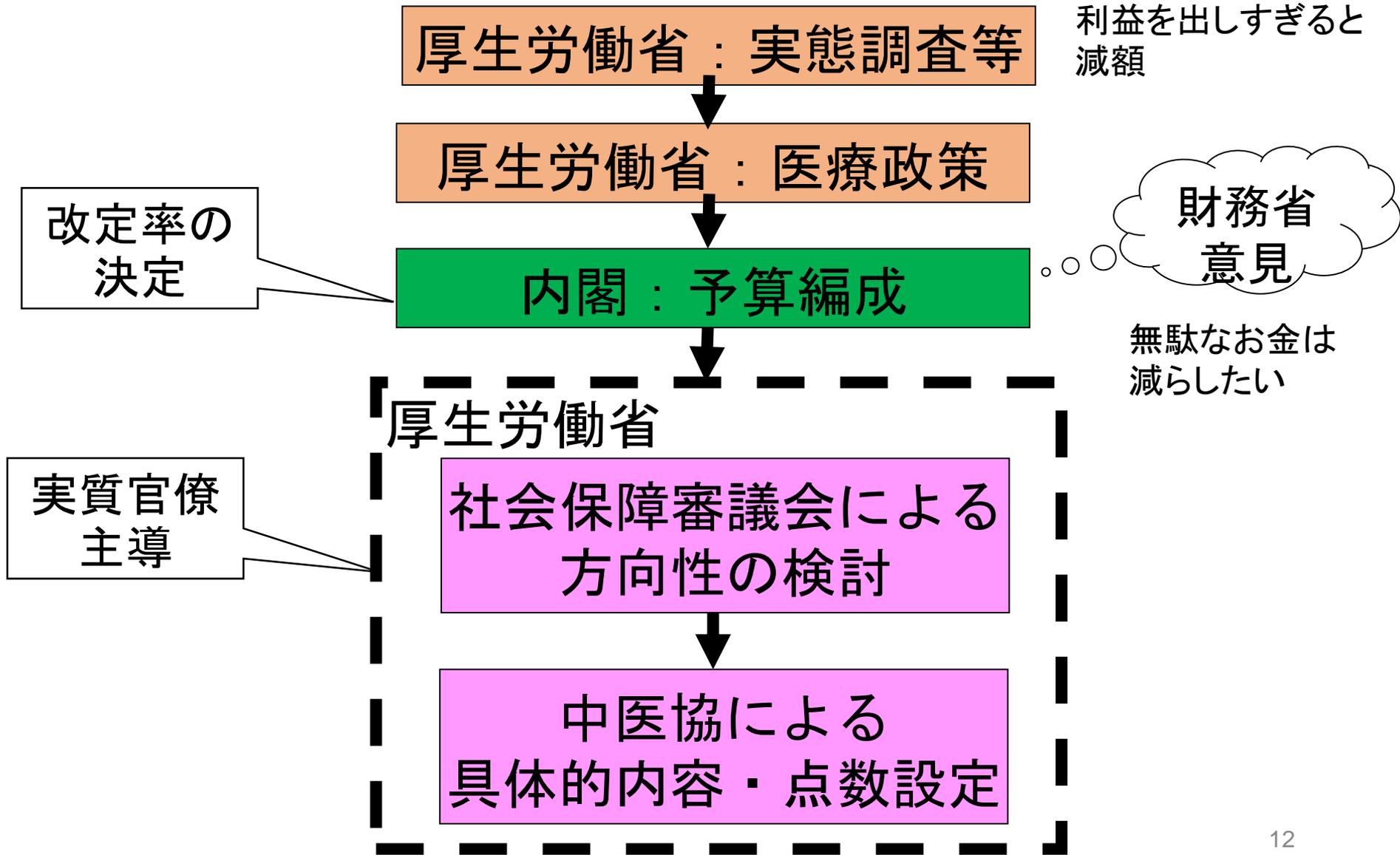
→利益(=収入-費用)を出しすぎていると

診療報酬を減額されるもとの

⇒国の医療政策を実現するため、診療報酬を使って誘導している

例:2014年度診療報酬改定より地域包括ケア病棟・病床の新設(地域包括ケアシステムの推進)

医療政策決定から診療報酬改定までの流れ



利益を出しすぎると減額

財務省意見

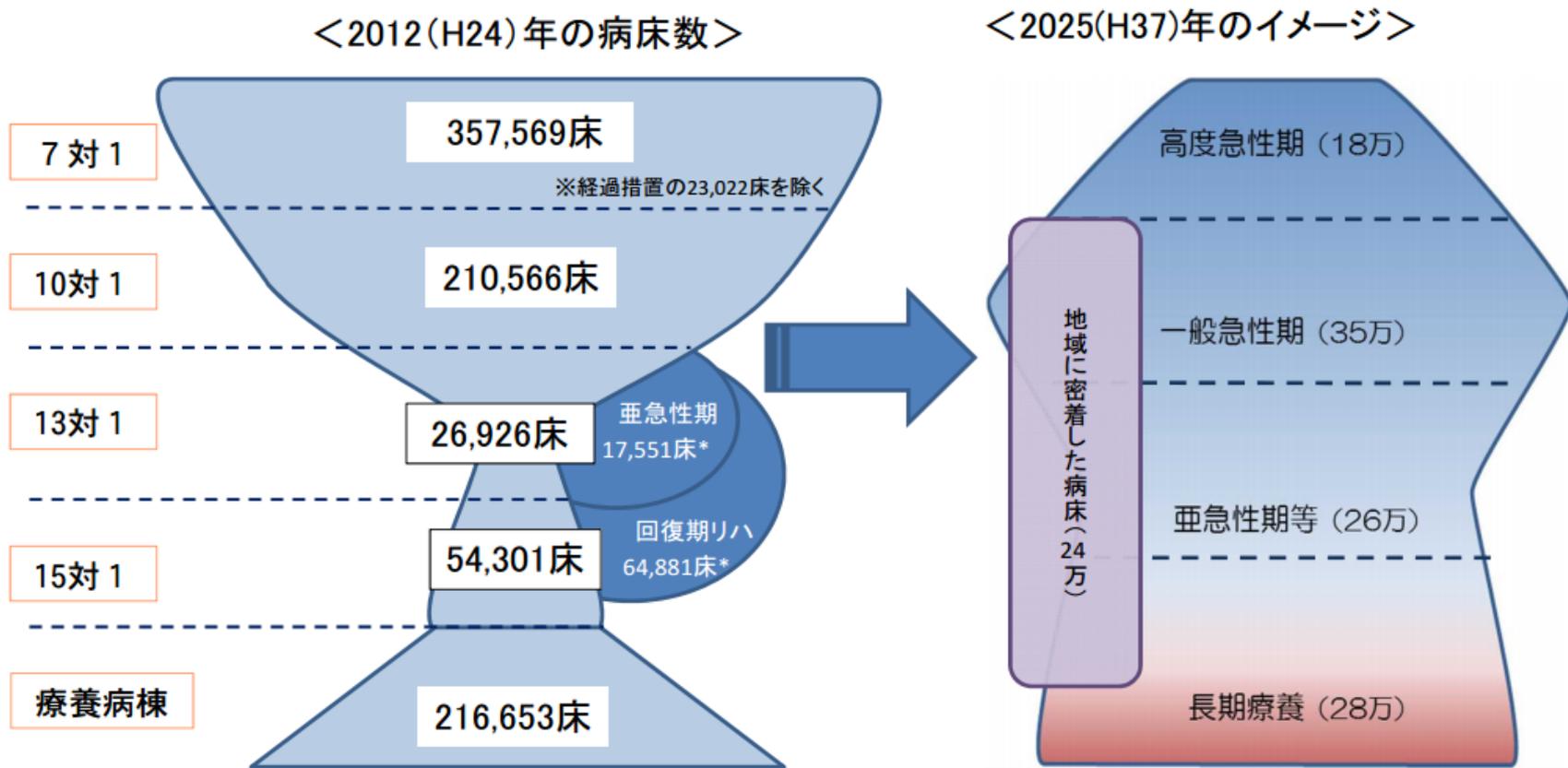
無駄なお金は減らしたい

改定率の決定

実質官僚主導

②厚生労働省の考え方

厚生労働省の目指す病床再編



* 亜急性期、回復期リハの病床数についてはH24年7月現在

現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

保険局医療課調べ

厚生労働省の意向（推察）

- 一番多い病床の**7対1を減らしたい**。
- 7対1は**急性期医療**を担うのにふさわしい病床でなければならない。
- 地域包括ケア病棟・病床は増やしたいが、地域包括ケアシステムの制度趣旨と異なる「急性期病床からの転棟による利益追求」は排除したい。
- 「北欧型医療・介護」を推進したい。患者が自分で**口から栄養**を取るようになる。**口腔ケア**を医療機関でもできるよう、「**医科歯科連携**」も推進したい。
- **働き方改革はますます推進する。**

診療報酬改定に対する前提

- 2025年問題を意識する。
 - 医療政策の方向性がここにある。
 - 地域包括ケアシステムの意義

国の政策(2025年問題)

- 2015年に「ベビーブーム世代」が前期高齢者に到達
 - 10年後:「ベビーブーム世代」が後期高齢者に到達
- 2025年には高齢者人口が3500万人に達する。
- これまでの高齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」、これからは、高齢化率の「高さ」が課題

2025年問題解決に向けて

- 団塊世代が後期高齢者となる2025年に医療費がピークとなる見込み
 - 一番多い病床の7対1を減らし、地域医療連携を含んだ地域包括ケアシステムに移行したい狙い
 - 7対1は本当に急性期医療を担う病床になっているか疑問視されている
- 2020年度改定では、7対1の要件がさらに厳しくなった

さらにその先

医療・福祉サービス改革タスクフォースの検討の方向性

- 2025年以降、現役世代（担い手）の減少が一層進むことが見込まれる中で、「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」、「経営の大規模化・協働化」の4つの改革を通じて、生産性の向上を図ることにより、必要かつ適切な医療・福祉サービスが確実に提供される現場を実現する。
- 本年夏を目標に「医療・福祉サービス改革プラン」を策定。

ロボット、AI、ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- 2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の検討
- データヘルス改革（2020年度までの事業の着実な実施とそれ以降の絵姿・工程表の策定）
- ①介護助手、②介護ロボット（センサーを含む）、③ICTの活用等を組み合わせた業務効率化モデル事業効果を検証の上、全国に普及
- オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実 等

組織マネジメント改革

- 医療機関の経営管理や労務管理を担う人材の育成
- 福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善
- 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し（実績評価の導入など）
- 文書量削減に向けた取組、事業者の報酬改定対応コストの削減の検討 等

タスクシフティングを担う人材の育成、 シニア人材の活用推進

- 業務分担の見直し
①効率的・機能的なチーム医療を促進するための人材育成、
②介護施設における専門職と介護助手等の業務分担の推進
- 介護助手等としてシニア層を活かす方策、医療分野における専門職を支える人材育成等の在り方の検討 等

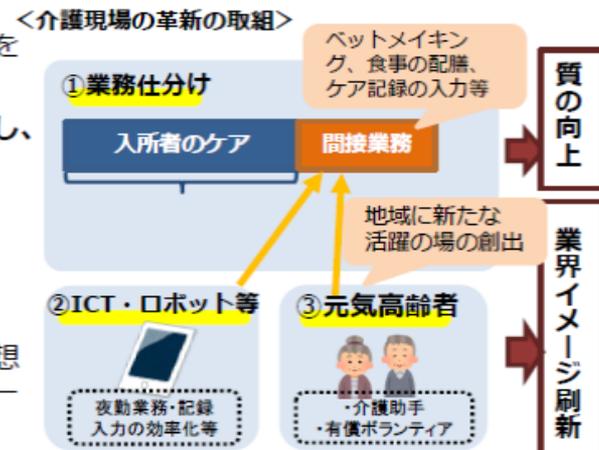
経営の大規模化・協働化

- 医療法人、社会福祉法人それぞれの経営統合、運営共同化、多角化方策の検討
- 医療法人と社会福祉法人の連携方策の検討 等

医療・福祉サービス改革に関する新たな取組

I 医療・福祉現場の革新

- 2040年を展望すると、担い手の確保が課題となる中、医療・福祉現場の革新を通じた生産性の向上が不可欠。
- 介護分野においては、以下の取組を三位一体で進め、**効率的な働き方を実現し、業務負担を軽減。介護現場を革新し、魅力を発信。**
 - ① 介護施設における業務フローの分析・仕分け
 - ② ICT・介護ロボットの活用（夜勤業務・記録入力の効率化等）
 - ③ 地域の**元気高齢者の活躍の場を創出**（介護施設等で「介護助手」や有償ボランティアとして活躍）
- 医療分野においては、**医療従事者の役割分担の見直し等の効率化を進める。**
- さらに、**2040年を見据え、ICT、AI、ロボット等**が溶け込んでいる社会を想定し、**医療・福祉サービスがどう変容していくかを検討。**技術・サービス開発ロードマップや戦略的な投資方針を策定。産業界の関与も求めていく。

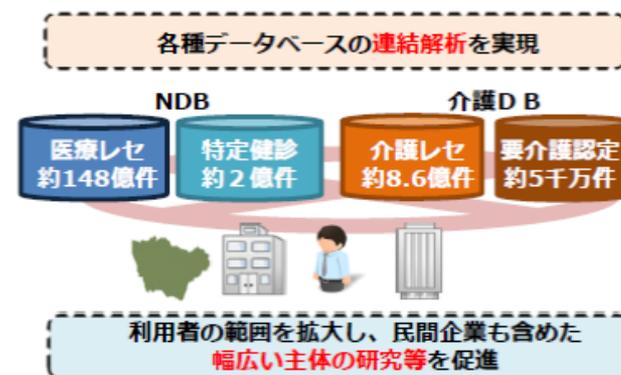


II 健康・医療・介護のビッグデータの連結解析と多様な主体による利活用の促進

- 現状では、健康・医療・介護のビッグデータは個々に収集・保管されており、その利用も研究者等に限定。
- まずはNDB（レセプト・特定健診等情報データベース）と介護DB（介護保険総合データベース）のデータを連結し、**医療、介護情報の一体的な分析**（※）を可能にするとともに、**民間企業を含む幅広い主体による研究開発等のためのデータ提供**を可能とする（今通常国会に法案提出予定）。

※医療・介護のリハビリ利用状況と在宅復帰率の地域間比較 等

- 今後、DPCデータベース等の保健医療分野の他の公的データベース等との連結解析についても、検討を進める。



2040年問題をどうクリアするか

- 2025年問題が過ぎても人口減少、働き手の不足は加速する。
- 団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年問題が次の政策課題となる。
- ICT化による業務効率だけでなく、医療機関の統廃合にまで言及されている。

→「現状維持」では病院経営は後退する。

⇒働き方改革でどれだけ病院改革ができるか問われている。(お金だけでなく、人事労務を含む)

②皆様に影響の出る 診療報酬改定

2020年度診療報酬改定の大きな 7つの改定ポイント

1. 働き方改革の推進
2. 重症度、医療・看護必要度の内容変更
3. 地域包括ケア病棟・病床への規制
4. かかりつけ医の推進
5. 紹介状なしでかかる場合の定額負担範囲拡大
400床から200床へ
6. ICTの利活用
7. 薬剤の適正使用／薬剤師の役割重視

働き方改革



働き方改革の本当の狙い

- お金だけでなく、人事労務を含む医療機関の構造改革が求められている。
- 職種ごとの縦割りをいかに払しょくできるかが問われる。その職種でなければならない仕事は何か？
- **常勤にこだわる時代ではなくなった。**
- 補助者（医師事務・看護補助）にまで配慮できるか。
- **薬剤師、管理栄養士**の確保が急務になる。
- 単に残業を減らせばよいという問題ではなく、仕事の内容を変化させなければならない。

①医療への影響

今までは

- 医師個人の高い能力と頑張りで支えられてきた
- 医師は労働者か→医師はタイムカードを気にしない
- 超過勤務による医療の質の低下
- 医療：医師のトップダウンによる稼働開始
- 救急でのコンビニ受診（患者の意識）

→医師にも働き方改革を

全職員への影響①

医療機関の管理者の皆様へ

第11回 医師の働き方改革に関する検討会
平成30年11月9日

参考
資料2

「働き方」が変わります!!

2019年4月1日から

働き方改革関連法が順次施行され、

医療機関で働く

すべての人に適用されます!!



Point
1

施行：2019年4月1日～ ※中小企業は、2020年4月1日～

時間外労働の上限規制が導入されます！

時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、
臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満（休日労働含む）、
複数月平均80時間（休日労働含む）を限度に設定する必要があります。

⇒医師については応召義務等の特殊性を踏まえ、2024年度から適用※されます。

※適用される時間外労働の上限時間等は2019年3月を目途に検討中です。

全職員への影響②

Point

2

施行：2019年4月1日～

年次有給休暇の確実な取得が必要です！

使用者は、10日以上の子年次有給休暇が付与される全ての労働者に対し、毎年5日、時季を指定して有給休暇を与える必要があります。

Point

3

施行：2020年4月1日～ ※中小企業は、2021年4月1日～

正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差が禁止されます！



同一企業内において、
正規雇用労働者と非正規雇用労働者（パートタイム労働者、有期雇用労働者、派遣労働者）の間で、
基本給や賞与などの個々の待遇ごとに不合理な待遇差が禁止されます。

「働き方」に関する詳細・お悩みは【各都道府県医療勤務環境改善支援センター】へ
改正法の詳細は厚生労働省HP『「働き方改革」の実現に向けて』をご覧ください。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html>

医師への影響

- 医師の自己犠牲による医療
特殊性: 公共性、不確実性、高度の専門性、技術革新
- 時間を意識した働き方とする必要
- 通常の医師は上限960時間、特例で1860時間
 - (A) 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準
 - (B) 地域医療確保暫定特例水準
 - (C) 集中的技能向上水準

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」 (医療機関の規模別の適用関係(概要))

項目名	規制の概要	中小企業規模の 医療機関※	それ以外の 医療機関
時間外労働 の上限規制	原則として月45時間、年360時間等とする罰則付きの上限規制を導入する	医師を除き 2020.4.1から適用	医師を除き 2019.4.1から適用
割増賃金率	月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする	2023.4.1から適用	(既に適用あり)
年次有給休暇	10日以上の子年次有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年時季指定して与えなければならないとする(労働者が時季指定したり計画的付与したものは除く)	2019.4.1から適用	
労働時間の 状況の把握	省令で定める方法(現認や客観的な方法となる予定)により把握をしなければならないとする	2019.4.1から適用	
産業医	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を衛生委員会に報告しなければならないとする等	2019.4.1から適用 (ただし、産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場)	

※ 医療業における“中小企業”の基準

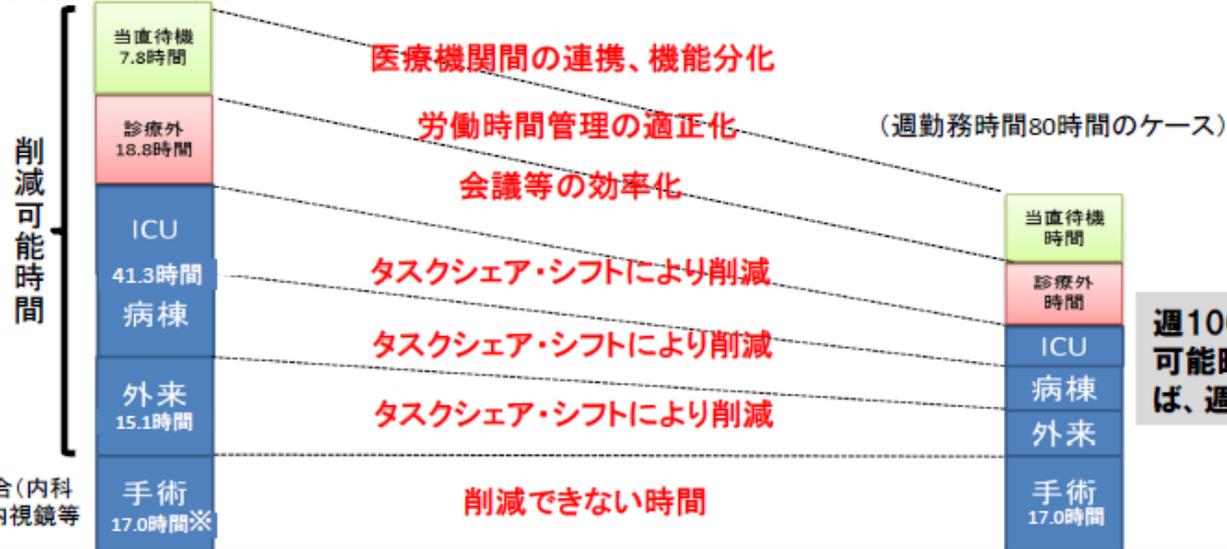
⇒企業単位でみて i) 資本金の額又は出資の総額が5千万円以下 又は ii) 常時使用する労働者の数が100人以下

(なお、持分なし医療法人や社会福祉法人等の「資本金」や「出資金」がない法人格の場合は、法人全体の常時使用する労働者の数のみで判断する)

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

- 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)	時間数イメージ
タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減	週7時間程度削減
タスクシフト(特定行為の普及)による削減	週7時間程度削減
タスクシェア(他の医師)による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
 ※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

行政の支援等

働き方改革で必要な人事戦略

- **人材**の確保→加算等収入に直結
 - ①医師、看護師等スタッフそのもの
 - ②補助部門
- **タスクシフト・タスクシェア**→働きやすい環境の整備
 - ①その職種でなければならない仕事は何か
 - ②任せられる仕事は何か

診療報酬がつく前に行っておけば、収入は純増。

②2020年度の点数

地域の救急医療体制における重要な機能を担う 医療機関に対する評価の新設

【制度趣旨】

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点

【算定要件】

(1)救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

1 一般病棟入院基本料(地域一般を除く)、結核病棟入院基本料(7対1・10対1)、精神病棟入院基本料(10対1)、特定機能病院入院基本料(7対1・10対1)、専門病院入院基本料(7対1・10対1)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料(小入管5を除く)、精神科救急入院料又、精神科救急・合併症入院料を算定する病棟

2 救急用自動車・救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が「年間2000件」以上

3 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資する次の体制を整備(すべて)

(1) 病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者を配置する

(2) 病院勤務医の勤務時間および当直を含む夜間の勤務状況を把握する

(3) 院内に多職種からなる役割分担推進委員会・会議を設置し、「病院勤務医の負担軽減・処遇に資する計画」(以下、計画)を作成。当該委員会等は、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催する

(4) 計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資するものとし、定期的な評価・見直しを行う

【施設基準】

(5) 計画作成に当たっては、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する

- ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容

(初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など)

- ・勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

- ・前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間休息の確保(勤務間インターバル)

- ・予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

- ・当直翌日の業務内容に対する配慮

- ・交替勤務制・複数主治医制の実施

- ・育児・介護休業法を活用した短時間正規雇用医師の活用

(6) 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取り組み事項を院内掲示等の方法で公表する

救急医療体制の充実

算定要件

【救急搬送看護体制加算（夜間休日
救急搬送医学管理料）】
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。



【救急搬送看護体制加算（夜間休日
救急搬送医学管理料）】
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。
イ 救急搬送看護体制加算 1
400点
ロ 救急搬送看護体制加算 2
200点

救急医療体制の充実

[施設基準]
(新設)



[施設基準]

(救急搬送看護体制加算 1)

イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。

ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。

(1) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法

（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。

(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。なお、当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

【制度趣旨】

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

1. 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、**週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。**
2. 医師については、**複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。**

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

【緩和ケア診療加算】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

(中略)

(3) (1)のAに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。



【緩和ケア診療加算】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

(中略)

(3) (1)のAに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

【外来化学療法加算 1】

[施設基準]

化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。



【外来化学療法加算 1】

[施設基準]

化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

※常勤要件が外れた
非常勤職員でも可能

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

【ウイルス疾患指導料（注2）】

[施設基準]

□ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。



【ウイルス疾患指導料（注2）】

[施設基準]

□ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。

- ・専従「8割以上」「他の業務と兼務することは認められない」
 - ・専任「5割以上」「担当業務以外の業務を多少兼務することは差し支えない」
- 要件緩和に

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

【障害児（者）リハビリテーション料】

[施設基準]

(中略)

なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、（以下略）



【障害児（者）リハビリテーション料】

[施設基準]

(中略)

また、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、（以下略）

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

【制度趣旨】

医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。

1. 総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、管理者によるマネジメントを推進する観点から、**多職種**からなる役割分担推進のための委員会又は会議において、年1回以上当該病院の管理者が出席することとする。
2. 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組が更に進むよう、総合入院体制加算の要件である「**医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」の内容及び項目数について見直す。

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

【総合入院体制加算】

[施設基準]

(中略)

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

(中略)

(新規)

(新規)



【総合入院体制加算】

[施設基準]

(中略)

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。

(中略)

(ホ) 特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減

(へ) 院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減

病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

【制度趣旨】

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

【病棟薬剤業務実施加算】

- 1 病棟薬剤業務実施加算 1
(週 1 回) 100点
- 2 病棟薬剤業務実施加算 2
(1 日につき) 80点



【病棟薬剤業務実施加算】

- 1 病棟薬剤業務実施加算 1
(週 1 回) 120点
- 2 病棟薬剤業務実施加算 2
(1 日につき) 100点

薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

【制度趣旨】

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の**非常勤職員**を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

【病棟薬剤業務実施加算】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

【病棟薬剤業務実施加算】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。

(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。

夜間看護体制の見直し

【制度趣旨】

医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。

夜間における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備の要件について、項目内容の見直しを行う。

夜間看護体制の見直し

【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】

[施設基準]

(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。

ア～ウ（略）

（新設）

（新設）



【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】

[施設基準]

(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。

ア～ウ（略）

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

夜間看護体制の見直し

【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】

[施設基準]

エ～オ（略）

カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。

（新設）

(3)（中略）(2)の力については、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。

【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】

[施設基準]

カ～キ（略）

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

(3)（中略）(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。

入退院支援に係る人員配置の見直し

【制度趣旨】

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

1. 入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

専従の看護師



小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師

入退院支援に係る人員配置の見直し

【制度趣旨】

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

2. 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

常勤のみ
緩和要件なし



なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

【制度趣旨】

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

1. 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

範囲拡大
(従来急性期
メイン)

結核病棟入院基本料
有床診療所入院基本料
有床診療所療養病床入院基本料
特殊疾患病棟入院料
児童・思春期精神科入院医療管理料
精神療養病棟入院料
認知症治療病棟入院料
地域移行機能強化病棟入院料
回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)
地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養)
精神科急性期治療病棟入院料2

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

【医師事務作業補助体制加算】

1	医師事務作業補助体制加算	1
イ	15対1補助体制加算	920点
ロ	20対1補助体制加算	708点
ハ	25対1補助体制加算	580点
ニ	30対1補助体制加算	495点
ホ	40対1補助体制加算	405点
ヘ	50対1補助体制加算	325点
ト	75対1補助体制加算	245点
チ	100対1補助体制加算	198点



【医師事務作業補助体制加算】

1	医師事務作業補助体制加算	1
イ	15対1補助体制加算	970点
ロ	20対1補助体制加算	758点
ハ	25対1補助体制加算	630点
ニ	30対1補助体制加算	545点
ホ	40対1補助体制加算	455点
ヘ	50対1補助体制加算	375点
ト	75対1補助体制加算	295点
チ	100対1補助体制加算	248点

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1	補助体制加算	860点
ロ	20対1	補助体制加算	660点
ハ	25対1	補助体制加算	540点
ニ	30対1	補助体制加算	460点
ホ	40対1	補助体制加算	380点
ヘ	50対1	補助体制加算	305点
ト	75対1	補助体制加算	230点
チ	100対1	補助体制加算	188点

[施設基準]

(中略)

(新規)



2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1	補助体制加算	910点
ロ	20対1	補助体制加算	710点
ハ	25対1	補助体制加算	590点
ニ	30対1	補助体制加算	510点
ホ	40対1	補助体制加算	430点
ヘ	50対1	補助体制加算	355点
ト	75対1	補助体制加算	280点
チ	100対1	補助体制加算	238点

[施設基準]

(中略)

ウ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

【制度趣旨】

医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料(Ⅱ)について実施者に係る要件を見直す。

1. 麻酔管理料(Ⅱ)について、麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修を修了した看護師が実施しても算定できるように見直す。
2. 麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても、算定できるように見直す。

麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

[施設基準]

(新規)

(新規)



[施設基準]

(6) 麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。

(7) 麻酔を担当する医師の一部の行為を当該看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。

看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

【制度趣旨】

看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護職員の夜間配置及び看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

1. 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

【看護職員夜間配置加算】

- 1 看護職員夜間12対 1 配置加算
- イ 看護職員夜間12対 1 配置加算
- 1 95点
- 看護職員夜間12対 1 配置加算
- 2 75点
- 2 看護職員夜間16対 1 配置加算
- イ 看護職員夜間16対 1 配置加算
- 1 55点
- 看護職員夜間16対 1 配置加算
- 2 30点



【看護職員夜間配置加算】

- 1 看護職員夜間12対 1 配置加算
- イ 看護職員夜間12対 1 配置加算
- 1 105点
- 看護職員夜間12対 1 配置加算
- 2 85点
- 2 看護職員夜間16対 1 配置加算
- イ 看護職員夜間16対 1 配置加算
- 1 65点
- 看護職員夜間16対 1 配置加算
- 2 40点

看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

【看護職員夜間配置加算（地域
包括

ケア病棟入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 55点

【看護職員夜間配置加算（精神
科救

急入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 55点

【看護職員夜間配置加算（精神
科救

急・合併症入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 55点



【看護職員夜間配置加算（地域
包括

ケア病棟入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 65点

【看護職員夜間配置加算（精神
科救

急入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 65点

【看護職員夜間配置加算（精神
科救

急・合併症入院料の注加算）】

看護職員夜間配置加算 65点

看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

2. 急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

【急性期看護補助体制加算】

- 1 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割以上) 210点
- 2 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割未満) 190点
- 3 50対1 急性期看護補助体制加算
170点
- 4 75対1 急性期看護補助体制加算
130点

注2

- イ 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 90点
- ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 85点
- ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 70点

【急性期看護補助体制加算】

- 1 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割以上) 240点
- 2 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割未満) 220点
- 3 50対1 急性期看護補助体制加算
200点
- 4 75対1 急性期看護補助体制加算
160点

注2

- イ 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 120点
- ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 115点
- ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 100点

看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

【看護補助加算】

- 1 看護補助加算 1 129点
- 2 看護補助加算 2 104点
- 3 看護補助加算 3 76点

注 2 夜間75対1看護補助加算 40点

【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】

夜間看護加算 35点

【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】

イ 14日以内の期間 129点

ロ 15日以上30日以内の期間 104点

【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】

看護補助者配置加算 150点



【看護補助加算】

- 1 看護補助加算 1 141点
- 2 看護補助加算 2 116点
- 3 看護補助加算 3 88点

注 2 夜間75対1看護補助加算 50点

【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】

夜間看護加算 45点

【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】

イ 14日以内の期間 141点

ロ 15日以上30日以内の期間 116点

【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】

看護補助者配置加算 160点

看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

3. 急性期看護補助体制加算等の看護補助者に 係る院内研修の要件について見直す。

【急性期看護補助体制加算】

[施設基準]

(中略)

※ 院内研修の内容

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ～カ (略)

【急性期看護補助体制加算】

[施設基準]

(中略)

※ 院内研修の内容

アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ～カ (略)

栄養サポートチーム加算の見直し

【制度趣旨】

結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)を追加する。

入院



入院で気を付けること

- **入退院支援**にどれだけ配慮できるかで、急性期病院としての価値が決まる。「治療したら終わり」という時代ではなくなった。
- 7対1の病床を減らす意向は変わらず。点数ではなく、**重症度、医療・看護必要度**による重症患者割合の内容をロジック(論理)で変える。
- 地域包括ケア病棟・病床は自院での転棟について厳しくなる。大病院が急性期の患者を地域包括ケア病棟・病床に転棟させ、利益を生むことを良しとしない。**自宅等からの患者を受け入れる本来機能を評価する。**

病床機能と診療報酬点数の算定

- 高度急性期
 - 患者フローが増えていくことへの対応
 - チーム医療で提供する組織体制の構築
- 急性期
 - 患者フロー増への対応
 - 必要度の管理
 - 在宅復帰率
- 回復期
 - よりアウトカムと在宅復帰の向上
- 慢性期
 - より医療依存度の高い患者の受入
 - 在宅復帰率

入院時支援加算の見直し

【制度趣旨】

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋げた場合について要件及び評価を見直す。

入院時支援加算について、関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の要件及び評価を見直す。

入院時支援加算の見直し

【入院時支援加算】

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。

(新設)

(新設)



【入院時支援加算】

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ 入院時支援加算1 230点

ロ 入院時支援加算2 200点

入院時支援加算の見直し

[算定要件]

(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)は必ず実施しなければならない。



[算定要件]

(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算2を算定する。

入院時支援加算の見直し

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
エ 栄養状態の評価
オ 服薬中の薬剤の確認
カ 退院困難な要因の有無の評価
キ 入院中に行われる治療・検査の説明
ク 入院生活の説明



ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
エ 栄養状態の評価
オ 服薬中の薬剤の確認
カ 退院困難な要因の有無の評価
キ 入院中に行われる治療・検査の説明
ク 入院生活の説明

入院時支援加算の見直し

(新設)

(新設)



(22)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。

(23)患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

入退院支援における総合的な機能評価の評価

【制度趣旨】

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

1. 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

入退院支援における総合的な機能評価の評価

[算定要件]
(新設)



[算定要件]

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

[別に厚生労働大臣が定めるもの]

1 入退院支援加算1又は2を算定する患者

2 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者

入退院支援における総合的な機能評価の評価

(新設)



22)「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。

入退院支援における総合的な機能評価の評価

(新設)

(新設)



(23) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。

(24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。

入退院支援における総合的な機能評価の評価

[施設基準]
(新設)

(新設)



[施設基準]

(9) 総合機能評価加算の施設基準
当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上配置されていること。

7 総合機能評価加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。

入退院支援における総合的な機能評価の評価

2. 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

総合評価加算（入院中1回）



削除

病棟にインパクト！

- 看護必要度の内容が大幅に変わる！
- 重症患者割合も30%→31%に！（看護必要度1の場合かつ新基準）
- 入退院支援加算の重要度
- 7対1を維持できない場合、10対1との中間点数に移行せざるを得ない

7対1導入当初:看護師を多く配置すれば点数を取れた
→お金目的で導入が増え、今では約35万床に
→本来の7対1(急性期医療)の役割から遠のく

7対1看護



10対1看護



重症度、医療・看護必要度とは

- より手厚い看護体制をとるに当たりその体制が必要であるかどうかという「重症度、医療・看護必要度」にて基準が設定されている
- 7対1は急性期医療を担う病床なので、重症度、医療・看護必要度を満たす重症患者を一定割合みなければならない
- 2020年度診療報酬改定では、400床以上の病院は看護必要度2でなければならなくなった
- 看護必要度（評価項目・重症患者割合）の内容が変えられた

→より重症患者をみる病床へ

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目

- 1 創傷処置
 - ①創傷処置②褥瘡処置
- 2 呼吸ケア
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置
 - ① 抗悪性腫瘍剤の使用
 - ② 抗悪性腫瘍剤の内服
 - ③ 麻薬注射薬の使用
 - ④ 麻薬の内服・貼付
 - ⑤ 放射線治療
 - ⑥ 免疫抑制剤の使用
 - ⑦ 昇圧剤(注射)の使用
 - ⑧ 抗不整脈剤の使用
 - ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴
 - ⑩ ドレナージの管理
 - ⑪ 無菌治療室での治療
- 8 救急搬送(2日間)

B項目

B項目

寝返り

移乗

口腔清拭

衣服の着脱

危険行動

診療・療養上の指示が通じる

C項目

C項目

開頭の手術	7日間
開胸の手術	7日間
開腹の手術	4日間
骨の観血的手術	5日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間(上記を除く)
救命等に係る内科的治療	2日間

看護必要度1

A項目

- 1 創傷処置 (①創傷処置、②褥瘡処置)
- 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置 (2点)
 - ①抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤を使用)
 - ②抗悪性腫瘍剤の内服
 - ③麻薬注射薬の使用 (注射剤を使用)
 - ④麻薬の内服・貼付
 - ⑤放射線治療
 - ⑥免疫抑制剤の使用
 - ⑦昇圧剤の使用
 - ⑧抗不整脈剤の使用
 - ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
 - ⑩ドレナージの管理
 - ⑪無菌治療室での治療
- 8 救急搬送

B項目

- 寝返り
- 移乗
- 口腔清潔
- 食事摂取
- 衣服の着脱
- 危険行動
- 診療・療養上の指示が通じる

C項目

- 開頭の手術
- 開胸の手術
- 開腹の手術
- 骨の観血的手術
- 胸腔鏡・腹腔鏡手術
- 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
- 救命等に係る内科的治療

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

改定前：看護必要度1 A項目とB項目とC項目の関係

	A項目	B項目	C項目
①	A得点 2点	B得点 3点	④は、術後せん妄や認知症に対応することが求められている
②	A得点 3点		
④	A得点1点以上、B得点が3点以上で、かつ「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当		③ C得点 1点

① + ② + ③ + ④ = 30% (7対1の場合)

①②③④いずれかに該当が良い

改定案：看護必要度1 A項目とB項目とC項目の関係

	A項目	B項目	C項目
①	A得点 2点	B得点 3点	
②	A得点 3点		
			③ C得点 1点

① + ② + ③ = 31% (7対1の場合)

①②③いずれかに該当が良い

重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

【制度趣旨】

急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。
 - (1) 重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後5日間に見直す。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算1若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後5日間評価の対象とする。
 - (2) 専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。
2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、評価期間を見直す。
また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。

重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

【重症度、医療・看護必要度】

[手術等の医学的状況]

- 16 開頭手術(7日間)
- 17 開胸手術(7日間)
- 18 開腹手術(4日間)
- 19 骨の手術(5日間)
- 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
- 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
(2日間)
- 22 救命等に係る内科的治療(2
日間)
- (新設)
- (新設)



【重症度、医療・看護必要度】

[手術等の医学的状況]

- 16 開頭手術(13日間)
- 17 開胸手術(12日間)
- 18 開腹手術(7日間)
- 19 骨の手術(11日間)
- 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)
- 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
(5日間)
- 22 救命等に係る内科的治療(5
日間)
- 23 別に定める検査(2日間)
- 24 別に定める手術(6日間)
- ※ 別に定める検査及び手術は、
レセプト電算処理システム用
コードで規定する。

重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

3. 重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、重症度、医療・看護必要度 I においても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。

4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を削除する。

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

【制度趣旨】

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料2及び3の届出に係る要件を見直す。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。

また、急性期一般入院料2及び3について、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合も届け出られるよう見直す。

	該当患者割合の基準値（見直し後）	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28%	26%
急性期一般入院料 3	25%	23%
急性期一般入院料 4	22%	20%

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

【制度趣旨】

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。

また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

1. 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）の届出を行う保険医療機関であって、**許可病床数400床以上**のものについて、**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。
2. B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている**「根拠となる記録」を不要とする**。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。）
3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

7対1を維持できない場合

- 重症度、医療・看護必要度の内容が大幅に変わった
- 急性期医療を担う400床以上の病院では看護必要度2。
- 看護必要度1の重症患者割合30%→31%(新基準)
- 認知症患者を多く入院させて、重症患者割合を維持している病床は急性期医療を担うのにふさわしいのか。

→すべての病棟で7対1(入院料1)を維持できない場合、
7対1と10対1の中間の入院料2~3をとることに。

入院料2~3は7対1からしか届出られない一方通行

入院料2~3の重症度、医療・看護必要度は選択。ただし、
400床以上は看護必要度2。

⇒厚生労働省は急性期医療を担えない7対1を減らしたい

地域包括ケア病棟(病床)の意義

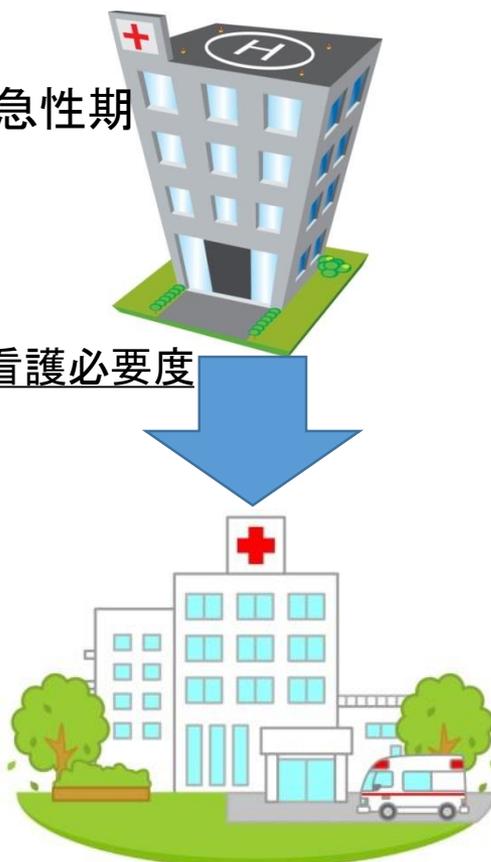
出典:厚生労働省
入院医療等の調査・評価分科会
平成25年5月30日 資料を改変

急性期

急性期・高度急性期

①急性期からの受け入れ
入院患者の重症度、医療・看護必要度

入院患者データの提出



地域包括ケア病棟
(病床)

②在宅・生活復帰支援
在宅復帰率



自宅等在宅医療

長期療養
介護等

介護施設等

③緊急時の受け入れ

二次救急病院の指定・在支病の届出

地域包括ケア病棟・病床への規制

- 本来の役割: サブアキュート(地域・自宅からの入院→適切な医療提供→地域・自宅へ戻る)
- 現実の役割: ポストアキュート(自院の急性期病床からの転棟)高い診療報酬、長い在院日数60日

→厚生労働省はサブアキュートを推進、
ポストアキュートを規制。

規制の網をかけ始めた。

地域包括ケア病棟・病床への規制

医療政策推進のための高い診療報酬
設定

高い診療報酬を狙って本来の目的と
異なる経営が行われる

厚生労働省による経営データ把握

本来の目的にするため規制をかける

この流れはかつての「在宅医療」と同じ

地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

【制度趣旨】

地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

1. 地域包括ケア病棟を有する許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。

【地域包括ケア病棟入院料】
[算定要件]
(新設)



【地域包括ケア病棟入院料】
[算定要件]
注9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ
に適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合
に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

[施設基準]
(1) 通則
(新設)

(新設)



[施設基準]

(1) 通則

又許可病床数が四百床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。

(19) 地域包括ケア病棟入院料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの

(1)の又に掲げる基準

地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

2. 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。

【地域包括ケア病棟入院料1】

〔施設基準〕

ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割以上であること。

ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三人以上であること。



【地域包括ケア病棟入院料1】 〔施設基準〕

ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。

ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。

地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。

- ① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において二十回以上算定している保険医療機関であること。
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において百回以上算定している保険医療機関であること又は訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において五百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。



ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。

- ① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

③ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）
又は（Ⅱ）を前三月間において十
回以上算定している保険医療機関
であること。

④ 介護保険法第八条第二項に規
定する訪問介護、同条四項に規定
する訪問看護、同条第五項に規定
する訪問リハビリテーション、同
法第八条の二第三項に規定する介
護予防訪問看護又は同条第四項に
規定する介護予防訪問リハビリ
テーションを提供している施設が
当該保険医療機関と同一の敷地内
にあること。

⑤ （新設）



④ 在宅患者訪問リハビリテーション
指導管理料を前三月間において三
十回以上算定している保険医療機
関であること。

⑤ 介護保険法第八条第二項に規定
する訪問介護、同条四項に規定する
訪問看護、同条第五項に規定する
訪問リハビリテーション、同法第八
条の二第三項に規定する介護予防訪
問看護又は同条第四項に規定する
介護予防訪問リハビリテーションの
提供実績を有している施設が当該
保険医療機関に併設されていること。

⑥ 退院時共同指導料2を前三月間
において六回以上算定している保険
医療機関であること。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

【制度趣旨】

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

1. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

(1) 通則

ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。



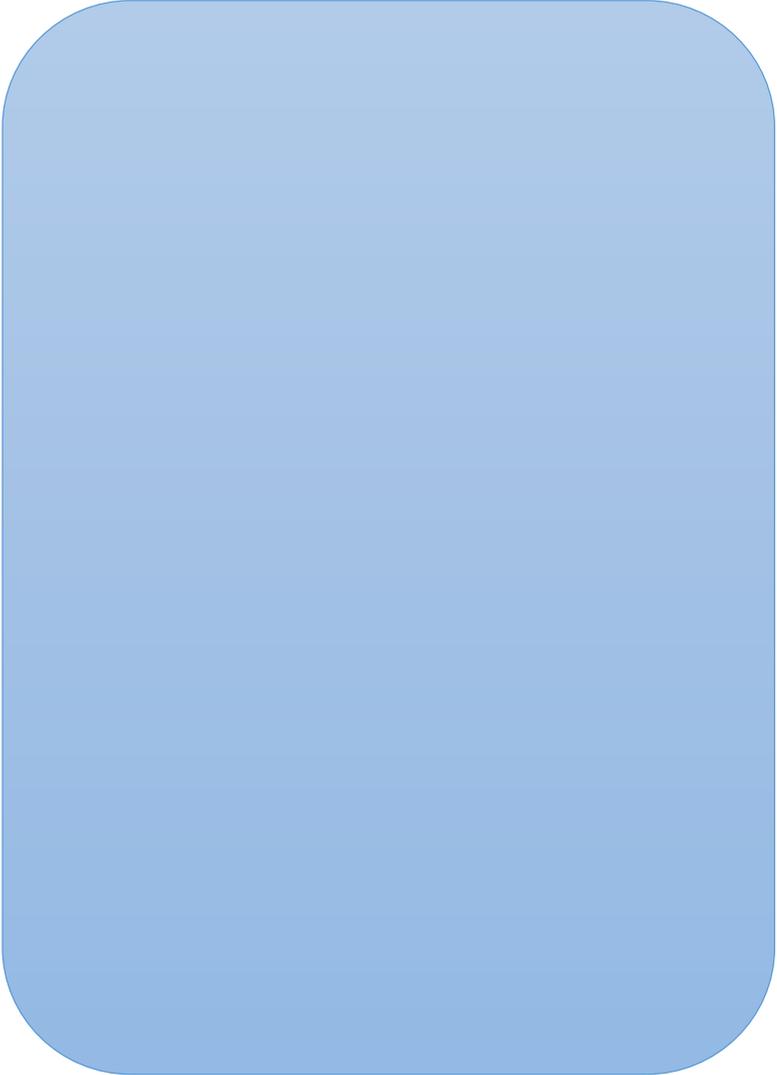
【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

(1) 通則

ニ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し



なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

(3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。
また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。
(以下略)



(3) 当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。
(以下略)

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

2. 地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。

【地域包括ケア病棟入院料】
[施設基準]
(7) (中略)



【地域包括ケア病棟入院料】
[施設基準]
(7)(中略)なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

3. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

【制度趣旨】

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

【地域包括ケア病棟入院料】

[算定要件]

(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。



【地域包括ケア病棟入院料】

[算定要件]

(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合には、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。

地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

【制度趣旨】

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

【制度趣旨】

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び回復期リハビリテーション病棟入院料3におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[施設基準]

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が三十七以上であること。

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準

ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。



【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[施設基準]

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

リリハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準

ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十五以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

2. 回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時FIMについても同様の取扱いとする。
3. 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いてもよいものとする。
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料2～6について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとともに、栄養管理に係る要件を設ける。

療養病棟入院基本料の評価の見直し

【制度趣旨】

医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

1. 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置(所定点数の100分の90)について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上(100分の85)で、経過措置期間を2年間延長する。

2. 療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置(所定点数の100分の80を算定)について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、経過措置を令和2年3月31日限りで終了する。

外来



外来だけの問題か

- 診療所の外来は大病院の医師の負担軽減とつながっている。
- 初期診断を診療所の外来に行ってほしい厚生労働省の意向。
- 患者はフリーアクセスで大病院の外来に行く。
- 受診時定額負担で大病院の外来を減らすことができるか。
- 患者にお金の負担をさせることで、イギリスの登録医制度のようにすることは難しい。

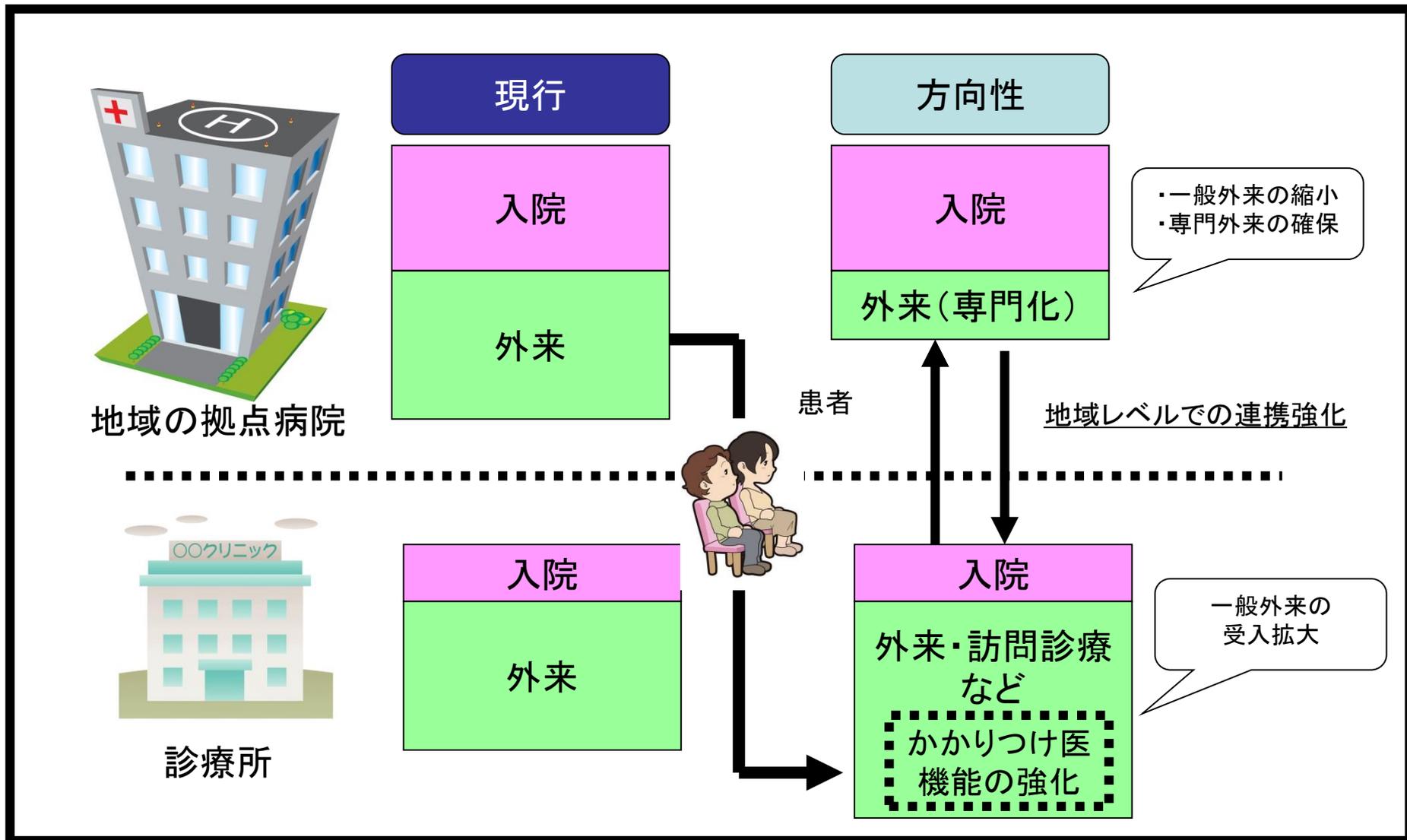
外来はここに注目！

紹介状なしの受診について
定額負担

400床から**200床**に

⇒200床以上の病院はかかりつけ
医との連携が経営のカギになる！

厚生労働省が提示した外来医療の役割分担の方向性



病院の本来機能と現実

本来機能



大病院：急性期医療

急性期
治療の必要な
患者を**紹介**



症状の安定した
患者を**逆紹介**



診療所：初期診断

現実

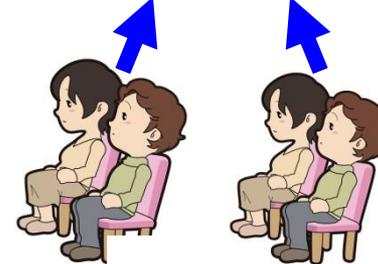


外来過多
医師疲弊

大病院：急性期医療



本来大病院で
治療を受けるべき
重症患者



フリーアクセス：患者の大病院志向 軽症患者



診療所：初期診断

病院の規模：平成30年度大病院

- 特定機能病院
- 「**200床**」以上の
地域医療支援病院

大病院で紹介状がないと

定額負担

- 金額：最低限度額
初診：5,000円
（歯科：3,000円）
再診：2,500円
（歯科：1,500円）
- 徴収：責務



保険外併用療養費制度について

○ 保険診療との併用が認められている療養

※②は平成28年4月施行

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- 保険導入のための評価を行うもの
- 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [選定療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:60技術、先進B:48技術 平成27年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養 ※平成28年4月施行

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

定額負担を求めなくて良い場合 1 / 3

1. 緊急その他やむを得ない事情がある場合

- 救急の患者
- 公費負担医療の対象患者
- 無料低額診療事業の対象患者
- HIV感染者



定額負担を求めなくて良い場合 2／3

2. その他

- (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
- (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- (5) 外来受診後そのまま入院となった患者

定額負担を求めなくて良い場合 3／3

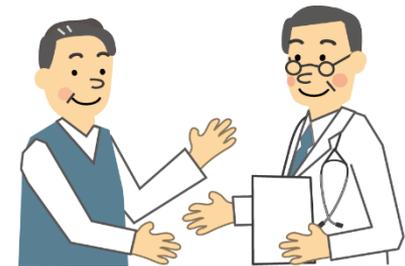
- (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- (7) 治験協力者である患者
- (8) 災害により被害を受けた患者
- (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

かかりつけ医の制度趣旨

- ① 「**役割分担**」と連携
- ② 「**200床以上の病院**」の外来縮小
- ③ かかりつけ医による

初期診断

→200床以上の病院の医師の
負担軽減



機能強化加算の見直し

【制度趣旨】

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
 - ・ 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
 - ・ 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること。
2. また、院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
 - ・ 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
 - ・ 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

機能強化加算の見直し

[施設基準]

(2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。



[施設基準]

(2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するなどの取組を行っていること。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

機能強化加算の見直し

(新設)

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

診療情報の提供に対する評価の新設

【制度趣旨】

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点

【対象患者】

(1) 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出ている医療機関から紹介された患者

(2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者

(3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出ている医療機関に紹介された患者

診療情報の提供に対する評価の新設

【算定要件】

(1)別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(2)妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

【施設基準】

(1)当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2)算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

【制度趣旨】

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

1. 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。

【生活習慣病管理料】
[算定要件]
(新設)



【生活習慣病管理料】

[算定要件]

糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。

2. 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

妊婦加算の扱い

【制度趣旨】

妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算の扱いを見直す。

区分番号A000に掲げる初診料の注7(妊婦に対して初診を行った場合に限る。)、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注10及び注11に規定する加算について、**削除する**。

⇒ 妊婦加算の廃止

婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

【制度趣旨】

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点

【算定要件】

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (4) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあつては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
- (3) 当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

小児科外来診療料の見直し

【制度趣旨】

小児に対する医療の提供を更に評価する観点から、小児科外来診療料について対象患者等の要件を見直す。

1. 算定対象となる患者の年齢を **3歳未満** から **6歳未満** に拡大する。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

【制度趣旨】

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について対象となる患者や頻度等の要件を見直す。

小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を**3歳未満**から**6歳未満**に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

在宅



過去、看取りでの失敗
公表から3か月で姿を消した
後期高齢者終末期相談支援料



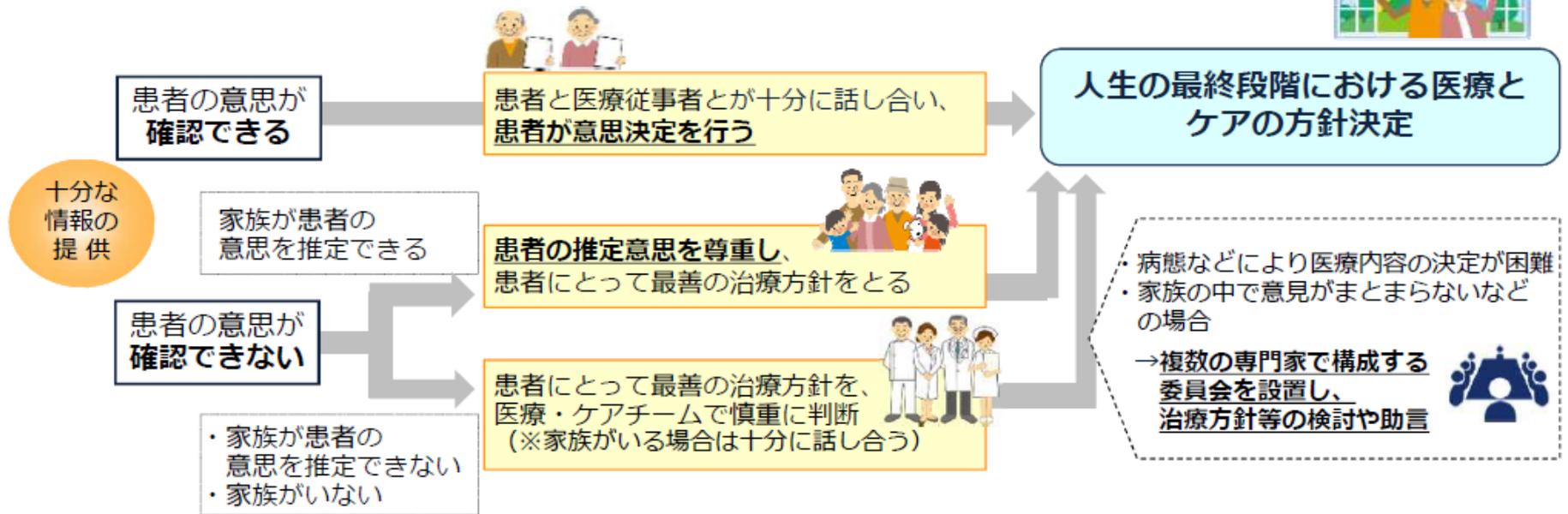
今回は教訓を活かした。

**「人生の最終段階における医療・ケアの
決定プロセスに関するガイドライン」**

「死」に対するタブー視をどれだけ払拭できるか。

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

▶ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



◆ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン、ガイドライン（解説編）、及びこのリーフレットは厚生労働省のホームページに掲載しています。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

出典：厚生労働省

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン リーフレットより抜粋

複数の医療機関による訪問診療の明確化

【制度趣旨】

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、当該医療機関間において情報共有の取組を行った場合に、依頼先の医療機関が6か月以上訪問診療を実施できるよう要件を見直す。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

複数の医療機関による訪問診療の明確化

【在宅患者訪問診療料（I）2】 [算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、さらに以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、当該求めがあった日を含む月から6月さらに算定できる。

(以下略)



【在宅患者訪問診療料（I）2】 [算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で必要に応じて情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。(以下略)

在宅療養支援病院における診療体制の整備

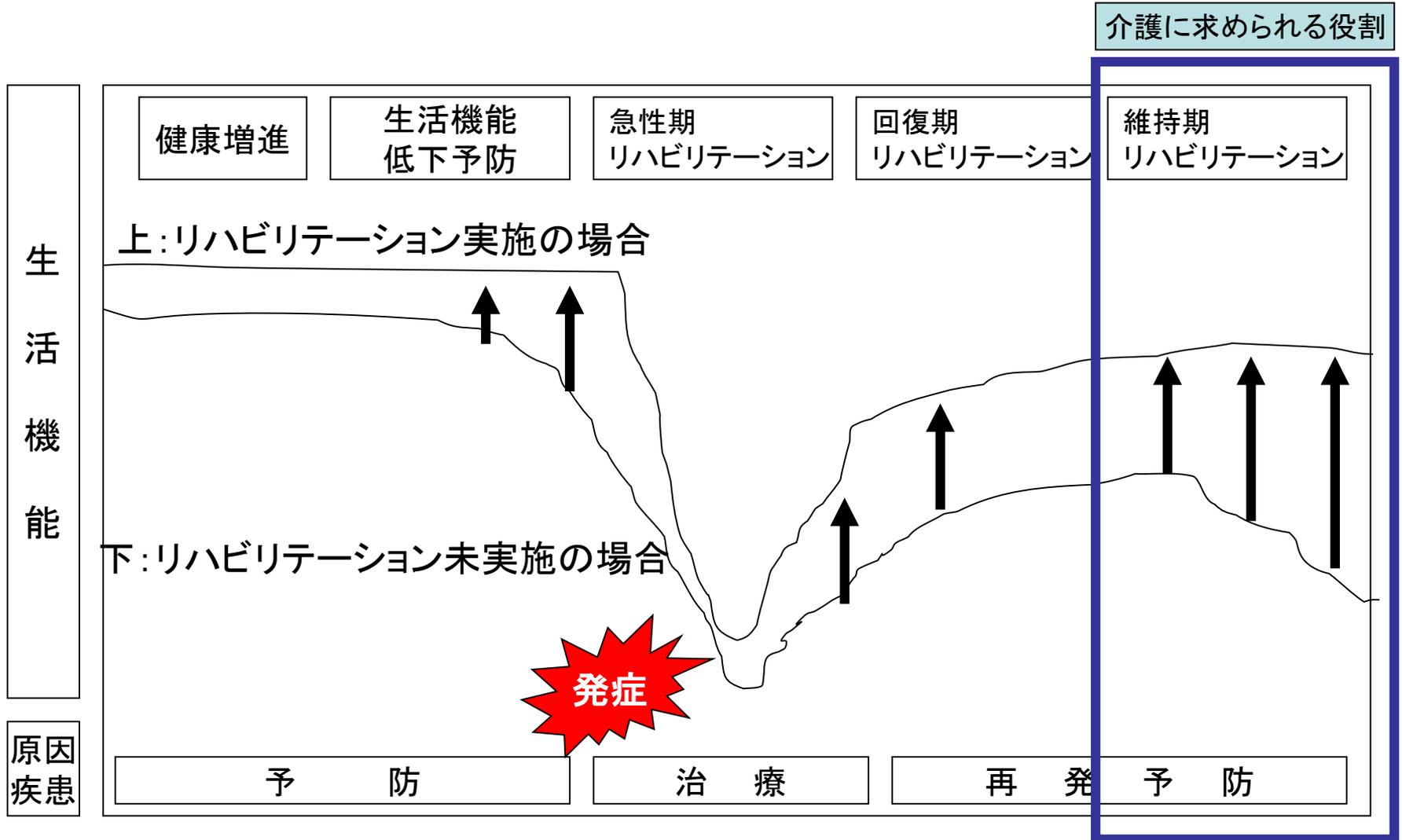
【制度趣旨】

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

1. 医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。
2. 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。

リハビリ

骨折・脳卒中等高齢者のリハビリテーション経過モデル



リハビリの注意点

- **FIM**での患者の現状把握と改善状況が求められる。
- 具体的数値で改善しているかどうか問われる。
- 患者のアセスメントについて、人によりばらつきがあると、正確な診療報酬請求が難しくなる。
- 言語聴覚士が重要視されており、言語聴覚療法を行う場合、人材確保がカギになる。

疾患別リハビリテーション料の見直し

【制度趣旨】

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。

1. 疾患別リハビリテーションの実施に当たり作成する「リハビリテーション実施計画」の位置づけを明確化する。具体的には以下のとおり。
 - ・ 疾患別リハビリテーションを行うに当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成することとする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、ADL項目としてBI又はFIMのいずれかをを用いるようにする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、診療録へ添付することとする。
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととした上で、当該計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについて、医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。また、併せて当該計画書の作成に当たり参考とする様式を整理する。

呼吸器リハビリテーション料の見直し

【制度趣旨】

呼吸器リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

呼吸器リハビリテーション料の実施者に
言語聴覚士を追加する。

難病患者リハビリテーション料の見直し

【制度趣旨】

難病患者リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、難病患者リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

難病患者リハビリテーション料の施設基準 に言語聴覚士を追加する。

外来リハビリテーション診療料の見直し

【制度趣旨】

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を推進する観点から、外来リハビリテーション診療料について要件を見直す。

外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察をより実施しやすくするため、リハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和する。

【外来リハビリテーション診療料】

[算定要件]

(7) 外来リハビリテーション診療1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。



【外来リハビリテーション診療料】

[算定要件]

(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。

疾患別リハビリテーションの取扱いについて

【制度趣旨】

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、維持期リハビリテーションについて取扱いを整理する。

入院中の患者以外の患者であって、要介護被保険者等の患者に対する維持期リハビリテーションについて、平成31年3月31日まで算定可能とする経過措置が終了していることに伴い、引き続き維持期リハビリテーションの算定が可能である患者が明確になるよう、扱いを整理する。

⇒点数に変動なし。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

【制度趣旨】

言語聴覚療法を必要とする患者に対して、適切な治療を提供する体制を確保する観点から、言語聴覚療法のみを実施する場合について、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の要件を見直す。

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

[施設基準]

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準(1)~(5)(略)
(新設)



1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準(1)~(5)(略)

(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

イ専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

精神

精神についての注意点

- 長期にわたる入院（平均在院日数300日超）や病床数の多さから、医療費抑制のターゲットになっている。
- 病床を減らす前提の地域移行機能強化病棟を推進したい厚生労働省。しかし、現実には収入を減らすことになるため届け出ない病院が多い。このためのロジック（論理）変更が行われる。
- 病床を減らすために地域移行が推進されているが、受け皿が少なく、地域からの抵抗感もある。

→今後の課題

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

【制度趣旨】

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

【地域移行機能強化病棟】

[施設基準]

(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が0.9以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより0.9以上としても差し支えないこと。



【地域移行機能強化病棟】

[施設基準]

(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が0.85以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより0.85以上としても差し支えないこと。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。



(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。
算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。



(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。
算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定年数）

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12）

（新設）



届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数）

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12）

(18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

2. 当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

【地域移行機能強化病棟】

[施設基準]

二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準

ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。



【地域移行機能強化病棟】

[施設基準]

二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準

ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

[施設基準]

(8) 当該病棟に2名以上（入院患者の数が40を超える場合は3名以上）の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。



[施設基準]

(8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤精神保健福祉士1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名の専従の常勤精神保健福祉士及び1名の専任の常勤精神保健福祉士と、1名の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和2年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和6年3月31日までに延長する。

精神科急性期医師配置加算の見直し

【制度趣旨】

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

精神科急性期治療病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、3つの類型に分けて評価する。

【精神科急性期医師配置加算】
精神科急性期医師配置加算（1日につき） 500点
（新設）



【精神科急性期医師配置加算】
精神科急性期医師配置加算（1日につき）

1 精神科急性期医師配置加算 1	600点
2 精神科急性期医師配置加算 2	
イ 精神病棟入院基本料等の場合	500点
ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合	500点
3 精神科急性期医師配置加算 3	450点

精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し

【制度趣旨】

精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

1. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料について、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。）

2. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。

精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

【制度趣旨】

精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

1. クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者について、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直し、また、精神科急性期治療病棟入院料を算定できる期間についても見直す。

【精神科救急入院料】

[算定要件]

(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

(以下略)

(新規)



【精神科救急入院料】

[算定要件]

(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）若しくはウに該当する患者であること。

(以下略)

ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者

精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

(新設)

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。

ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする。

イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。

2. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

精神科救急入院料の見直し

【制度趣旨】

地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

1. 精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る保険医療機関においては、病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化する。

【精神科救急入院料】

[施設基準]

2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等

(1) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

【精神科救急入院料】

[施設基準]

2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等

(1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

精神科救急入院料の見直し

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口万対1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。



ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

精神科救急入院料の見直し

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。



ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

精神科救急入院料の見直し

2. 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

【精神科救急入院料】

[施設基準]

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。



【精神科救急入院料】

[施設基準]

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

ICTの利活用

ICTの推進

- 働き方改革の推進のため、業務効率化させたい。
- 遠隔地、特に過疎地域やへき地医療を補完するためICTを活用させたい。
- 情報共有をより強固にしたい。

これらの意向があるにもかかわらず、医療業界ではなかなかICT化が進まない現状がある。

オンライン診療も届出が少ないため、要件緩和になっている。

医療機関における業務の効率化・合理化

【制度趣旨】

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。
2. 院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。
3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。
4. 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

医療機関における業務の効率化・合理化

5. 在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
6. 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
7. 診療報酬の算定に当たり、文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。
8. レセプト摘要欄に記載を求めていた事項のうち、画像診断の撮影部位等について選択式記載とする。

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

【制度趣旨】

関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

外来栄養食事指導 (情報通信機器の活用)の見直し

【制度趣旨】

栄養食事指導の効果を高めるため、外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を活用して実施した場合の評価を見直す。

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

[算定要件]

(中略)
(新設)



【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) 対面で行った場合 200点
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

(中略)
2 ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

【制度趣旨】

情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

1. オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から**3月**に見直す。また、緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、予め患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な**慢性頭痛患者**を追加する。

2. オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価を見直す。

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

【制度趣旨】

へき地、医療資源が少ない地域や在宅医療において、情報通信機器を用いて行う診療がより柔軟に活用できるよう、実施方法に係る要件を見直す。

1. へき地、医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。
2. へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。
3. オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。オンライン在宅管理料について、月2回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

【制度趣旨】

希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

(新) 遠隔連携診療料 500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

【施設基準】

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準

厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者

イ てんかん(外傷性を含む)の疑いがある患者

ロ 指定難病の疑いがある患者

(3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準(他の保険医療機関)

イ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

【制度趣旨】

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

【制度趣旨】

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4
オンライン服薬指導を行った場合 43点
(月1回まで)

【対象患者】

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

【算定要件】

- (1)別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。
- (2)オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3)医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4)オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5)患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6)オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

(7) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。

(8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(9) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

(10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則(平成26年厚生労働省令第33号)第31条第1号に該当する場合(以下「特区における離島・へき地の場合」という。)は、次のとおりとする。

ア (3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。

イ (5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。

ウ (6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

【施設基準】

(1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。

① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料

② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む。)

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅患者オンライン服薬指導料 57点
(月1回まで)

【対象患者】

次のいずれにも該当する患者であること。

(1) 医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者

(2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

【算定要件】

- (1)別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導(訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2)在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3)オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4)医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5)オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6)患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

(7) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

(8) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

(9) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。

(10) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(11) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

【施設基準】

(1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

薬剤の適正使用 薬剤師の役割重視

薬剤関連の注意点

- むやみに抗菌剤を投与することにより、薬剤耐性菌を増やしてしまう危険性をはらんでいる。これを阻止するため、加算を設けた。
- 医療費抑制のため、多すぎる内服薬を減らしたい意向がある。高齢者については、さまざまな医療機関から多くの薬をもらって飲み、相互作用で体調を崩すポリファーマシーが問題視されている。
- 薬剤師の業務について、薬のピッキングという対物業務ではなく、患者へのアドバイスという対人業務にシフトさせたい意向がある。
- 薬局よりも病院の薬剤師の業務が重いため、これを「評価」する流れになっている。

抗菌薬適正使用支援加算の見直し

【制度趣旨】

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

1. 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類の新規の拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。

また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

急性気道感染症及び急性下痢症について、 1年間の外来患者数の把握等

2. 抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直す。

地域医療に貢献する薬局の評価

【制度趣旨】

薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

〔施設基準〕

(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。



〔施設基準〕

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。

イ 調剤基本料1を算定する保険薬局であること。

ロ 地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。

(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。

イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。

ロ 地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。

地域医療に貢献する薬局の評価

イ 麻薬及び向精神薬取締法
（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。



（調剤基本料 1 を算定する保険薬局）

調剤基本料 1 を算定している保険薬局については、下記の 5 つの要件

のうち 4 つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。

① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 12 回以上（在宅協力薬局（現「サポート薬局」）として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く））

地域医療に貢献する薬局の評価

ハ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

(新設)

(新設)



③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

④ 患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 12回以上（服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む）

⑤ 薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

地域医療に貢献する薬局の評価

(調剤基本料 1 以外を算定する薬局)

地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に、以下の①から⑧までの全ての実績を有すること。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 麻薬指導管理加算の実績 10回以上
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上



(調剤基本料 1 以外を算定する薬局)

地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの9つの要件のうち8つ以上を満たすこと。この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近1年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の1年間の実績とする。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 調剤料の麻薬加算算定回数 10回以上
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上

地域医療に貢献する薬局の評価

⑥ 服用薬剤調整支援料の実績
1回以上

⑦ 単一建物診療患者が1人の
場合の在宅薬剤管理の実績 12
回以上

⑧ 服薬情報等提供料の実績
60回以上

(新設)



⑥ 服用薬剤調整支援料の実績
1回以上

⑦ 単一建物診療患者が1人の
場合の在宅薬剤管理の実績 12
回以上 (在宅協力薬局(現
「サポート薬局」)として連
携した場合や同等の業務を
行った場合を含む(同一グ
ループ薬局に対して業務を実
施した場合を除く))

⑧ 服薬情報等提供料の実績
60回以上 (服薬情報等提供料
に加え、服薬情報等提供料が
併算定不可となっているもの
で、同等の業務を行った場合
を含む)

⑨ 薬剤師研修認定制度等の研
修を修了した薬剤師が地域の
多職種と連携する会議に5回
以上出席

地域医療に貢献する薬局の評価

2. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

【地域支援体制加算】

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。



【地域支援体制加算】

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。

入院時のポリファーマシー解消の推進

【制度趣旨】

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

【薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。



【薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

入院時のポリファーマシー解消の推進

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合



イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合

入院時のポリファーマシー解消の推進

(新設)



2 薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

イ 1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した

場合

ロ 1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

入院時のポリファーマシー解消の推進

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

その他

その他の注意点

- 人工腎臓(透析)は診療報酬が高く設定されている。改定ごとに点数を低くされ、要件も厳しくなっている。
- 人工腎臓の判断をする前に、患者への負担が少ない腎移植や腹膜透析を検討することが推進されている。
→患者の負担軽減と医療費抑制の観点から
- 超音波検査において、胸腹部は範囲が広いいため部位を記入することが求められる。

人工腎臓の評価の見直し

【制度趣旨】

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF- α 阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、HIF- α 阻害薬の使用を含め評価を見直す。

現行、HIF- α 阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方では算定することとされているが、院外処方にも対応するため、HIF- α 阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

人工腎臓の評価の見直し

【人工腎臓】

- 1 慢性維持透析を行った場合
1
- イ 4時間未満の場合 1,980点

- ロ 4時間以上5時間未満の場合
2,140点

- ハ 5時間以上の場合 2,275点

(新設)

(新設)

(新設)



【人工腎臓】

- 1 慢性維持透析を行った場合
1
- イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,924点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,084点
- ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,219点
- ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,798点
- ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,958点
- ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,093点

人工腎臓の評価の見直し

2 慢性維持透析を行った場合

2

イ 4時間未満の場合 1,940点

ロ 4時間以上5時間未満の場合
2,100点

ハ 5時間以上の場合 2,230点

(新設)

(新設)

(新設)



2 慢性維持透析を行った場合
2

イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)

1,884点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)

2,044点

ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)

2,174点

ニ 4時間未満の場合 (イを除く。)

1,758点

ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。)

1,918点

ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。)

2,048点

人工腎臓の評価の見直し

- 3 慢性維持透析を行った場合
3
- イ 4時間未満の場合 1,900点

- ロ 4時間以上5時間未満の場合
2,055点

- ハ 5時間以上の場合 2,185点

(新設)

(新設)

(新設)



- 3 慢性維持透析を行った場合
3
- イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
1,844点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
1,999点
- ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
2,129点
- ニ 4時間未満の場合 (イを除く。)
1,718点
- ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。)
1,873点
- ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。)
2,003点

超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

【制度趣旨】

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

【超音波検査】

2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）

イ 胸腹部 530点

ロ 下肢血管 450点

ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点

[算定要件]

（新設）



【超音波検査】

2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）

イ 胸腹部 530点

ロ 下肢血管 450点

ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点

[算定要件]

(9) 「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化管）

イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）

ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）

エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等

カ その他

超音波検査の評価(要件)の見直し

【制度趣旨】

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

【超音波検査】

[算定要件]

(新設)



【超音波検査】

[算定要件]

(3) 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。

超音波検査におけるパルスドプラ加算の 評価の見直し

【制度趣旨】

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

【超音波検査】

注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定点数に加算する。



【超音波検査】

注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定点数に加算する。

2. 2020年度診療報酬介護報酬 同時改定が現場に与える影響とは

急性期一般入院料1 (7対1)からの転落

重症度、医療・看護必要度の
内容見直し・厳格化
看護必要度1
重症患者割合30%→31%



7対1の要件が厳格に！
7対1を満たせない！

もし中間点数が
なかったら

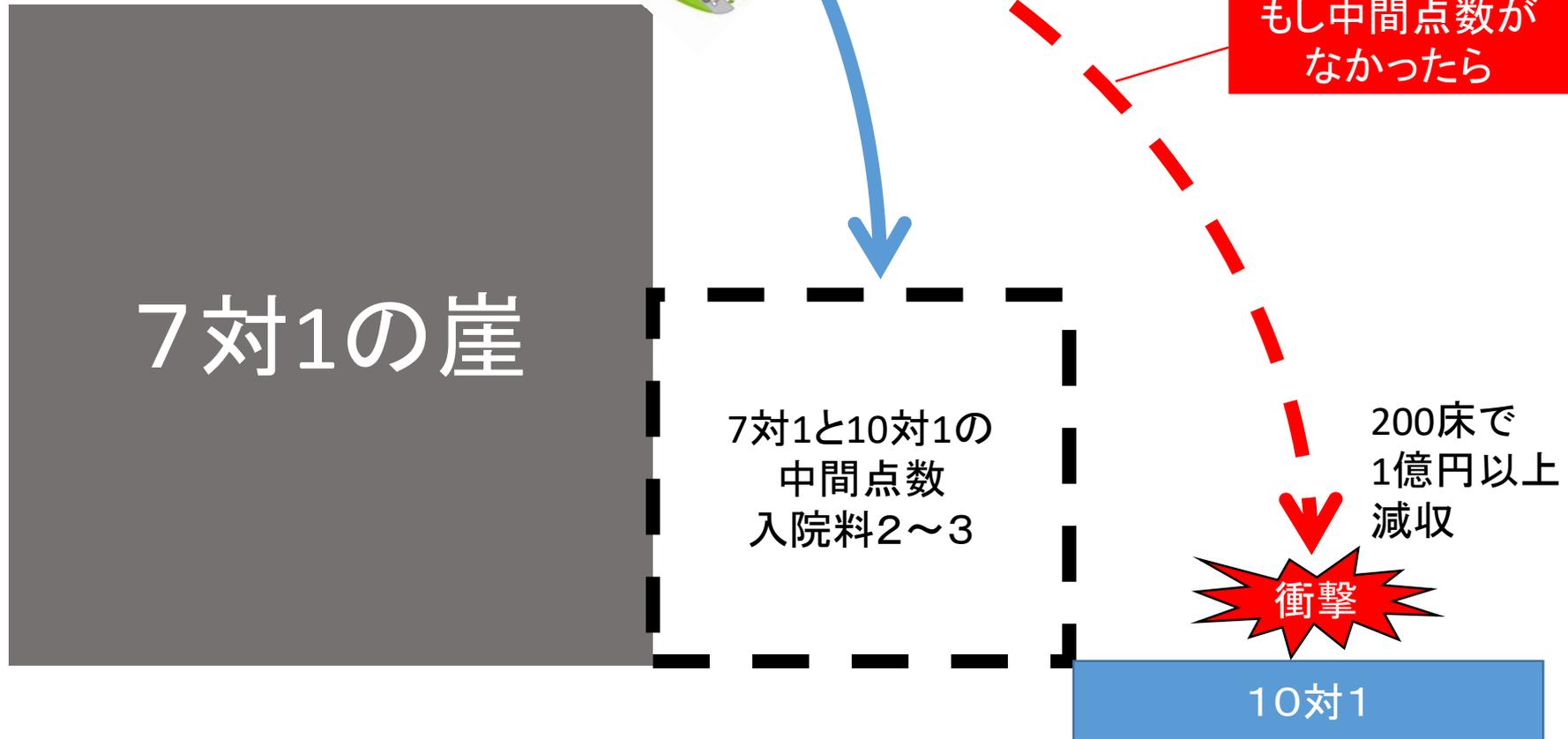
7対1の崖

7対1と10対1の
中間点数
入院料2~3

200床で
1億円以上
減収

衝撃

10対1



重症度、医療・看護必要度の変化

看護必要度2を厚生労働省は推進したい。
データによる医療機関の状況を把握するため。

看護必要度2 診療実績データによる方法

→診療実績データを医事と現場で**共有**しているか？

診療実績データを**誰が管理**しているか？

診療情報管理士なのか、医事課なのか。

意味を理解し活用できることが必須！

地域包括ケア病棟（病床）

- サブアキュートの評価

→ 在宅医療との連携が必要に
地域包括ケア病棟（病床）も
地域でのPRが必要になる

入退院部門は大忙し

- 入退院支援について、
外来での説明やオリエンテーションが必要。
 - 入院時に退院のことを考えなければならない
 - 退院困難事由に**生活困窮・虐待(疑い)**が含まれる。
 - 地域包括ケア病棟(病床): **サブアキュート**が評価
- 患者を長期入院させて収入を得る時代はすでに終わっている。
- 患者の生活や家庭環境まで把握しなければならない

地域連携室も大忙し 地域包括ケアシステムの推進



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング
「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、
平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

外来「200床以上の病院」は

- 紹介状なしでの受診について、
定額負担の徴収が責務に

→ 窓口で患者が納得できる説明ができるか

受付のトラブル増加

対応は誰がどこで行うか

3. 2020年度同時改定を 乗り越えるための 7つのポイントとは

診療報酬は...



「魚の目」で見る。
流れで追うことで、半歩先ゆく戦略を打てる。

現場から気を付けること

• **患者**にとって
一番良いことは何か

- **地域**はどのように変わっているか
- **家庭環境**はどのようになっているか

現場から気を付けること

- コスト意識
 - 人の配置・能力を収入に
 - 職場連携
 - 他職種**協同**
 - 他施設**協同**
- 地域包括ケアシステム**の推進



7つのポイント

- ①重症度、医療・看護必要度のチェック
- ②施設基準の見直し・働き方改革の順守
→人の配置
- ③シミュレーションの作成
- ④**人財採用・育成・評価**の見直し
- ⑤地域の医療ニーズは何か
- ⑥自院が地域で果たす役割は何か
- ⑦**2040年**までに自院は何をしているか

4. まとめ

最後に

- 診療報酬は現場が動くことで収入に直結する
- 入院はロジック(論理)により大きく変わる
- 地域包括ケアシステムの推進につながるものは点数がつく
- 外来は200床以上の病院との連携・かかりつけ医がカギ
- 在宅は連携と医療内容が問われる
- ICTは今後も推進される

患者にとって良い医療を先に行い、
後から報酬がついてくる経営を！

ご意見・ご質問は

メールにて承ります。

t.hoshi@manystars.jp

文責：メニースターズ 代表 星多絵子

引用、二次利用OKです。

出典を明らかにしてご活用ください。